

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

Epithéliomas primitifs du Vagin bas-situés

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Juin 1920

PAR

CHAUDESAIGUES Roger

né à Ribaute (Gard) le 29 novembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

DE ROUVILLE, professeur, *président*.
VALLOIS, professeur
P. DELMAS, agrégé
ETIENNE, agrégé

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE LAVIER et CASTEL

1, Quai de Sauvages, 1

1920

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 176

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

Epithéliomas primitifs du Vagin bas-situés

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Juin 1920

PAR

CHAUDESAIGUES Roger

né à Ribaute (Gard) le 29 novembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

DE ROUVILLE, professeur, *président*.
VALLOIS, professeur
P. DELMAS, agrégé
ETIENNE, agrégé

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE LAVIER et CASTEL

1, Quai de Sauvages, 1

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

ADMINISTRATION

MM. MAIRET (*).	DOYEN
FORGUE (O *).	ASSESEUR
IZARD.	SECRÉTAIRE

PROFESSEURS

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. *.)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et Histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON
Clinique médicale.....	DUCAMP. (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique.....	ESTOR
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMET (*).
Pathologie et Thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS P.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRE. (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (⊗).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (⊗)
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N.
Médecine légale et toxicologie.....	N.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honor. : MM. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES.

Clinique gynécologique.....	MM DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	VEDEL prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (*). ag. l. (ch. dec.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, (*). a. l. (c. dec.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé, (ch. de c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé, (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé, (c. de c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. d. c. d.)
Stomatologie.....	WATON, * (⊗) l. (ch. de c.)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM GALAVIELLE	MM. CABANNES	MM. ETIENNE
GRYNFELT. (*).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT	EUZIERE.	PECH * (ch. d'agr.)
GAUSSEL. (*). ⊗	J. DELMAS. ⊗	VALLOIS ⊗ (ch. d'a.)
RICHE.	RIMBAUD. *	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. DE ROUVILLE *Professeur, Président*; VALLOIS *Professeur*;
P. DELMAS, *prof. agrégé*; ETIENNE, *prof. agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FEMME ET A MON FILS

*Que ce petit ouvrage soit le gage
d'un grand amour*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Hommage d'éternelle reconnaissance
et de tendresse sans bornes*

A MES GRANDS-MÈRES VÉNÉRÉES

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
P. DELMAS et ETIENNE

AVANT-PROPOS

Avant d'exposer ce timide travail, pâle reflet de notre intention de bien faire, qu'il nous soit permis de remercier ceux qui ont contribué à notre formation médicale.

D'abord, durant l'année accomplie à l'Ecole annexe de Santé navale de Toulon, M. le Médecin-Principal Gastinel guida paternellement nos premiers pas dans le domaine de la chirurgie.

M. le Professeur Palasne de Champeaux par son enseignement savant et ordonné nous ouvrit les portes de la clinique interne et s'efforça toujours de classer méticuleusement nos connaissances élémentaires.

A Marseille, M. le Professeur Boinet nous éclaira souvent de ses conseils précieux et toujours dévoués.

Enfin, l'armistice nous ayant permis de retourner dans les murs de la vieille et illustre Ecole Montpelliéraine, nous n'avons cessé un seul instant, aussi bien à l'Hôpital qu'à la Faculté, de suivre les brillantes leçons de tous ces maîtres éminents dont la science s'agrémenta si naturellement de la plus franche cordialité. Notre vocabulaire chercherait vainement à traduire l'admiration et la gratitude qui anime notre pensée quand nous tournons les yeux vers ceux qui nous ont fait ce que nous sommes ! A cette heure que notre reconnaissance souffre devant notre falote compétence !

Espérons, tout de même, que ce modeste travail exprimera suffisamment la profondeur de cette reconnaissance

envers tous ceux qui s'efforcèrent si généreusement de nous mettre sur la bonne route.

Il nous est particulièrement sensible de remercier M. le Professeur de Rouville pour l'insigne honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

Maintenant, c'est vers vous, nos chers camarades, que s'envolent nos dernières pensées d'étudiant, vers vous dont le contact augmentait si franchement l'attrait de nos études, vers vous qui avez été nos zélés collaborateurs aussi bien à l'amphithéâtre que sur les champs de bataille du nord-est !

Et notre main dans la vôtre, à cette heure d'adieu, nous éprouvons une insurmontable émotion en saluant la mémoire de nos amis disparus dans la Tourmente et qui n'ont pas connu le jour béni du retour dans l'ombre douce de notre illustre Ecole.

INTRODUCTION

Nous avons entrepris de réunir tous les cas qu'il nous a été possible de découvrir d'épithéliomas primitif du vagin bas-situés. Cette étude n'a jamais été faite jusqu'à ce jour. Jusqu'ici tous les travaux faits sur les cancers primitifs du vagin étaient soit des études générales, soit des exposés des divers procédés opératoires.

M. le Professeur de Rouville a bien voulu nous inspirer ce travail et nous en fournir les éléments. Si les épithéliomas primitifs du vagin sont rares, d'une façon générale, plus rares encore sont ceux qui sont bas-situés,

Nous comprendrons dans les cancers bas situés ; tous ceux qui siègent sur la moitié inférieure du vagin. Plus exactement on pourrait diviser les cancers du vagin en deux catégories :

1° Ceux qui occupent les culs-de-sac et envahissent par conséquent rapidement le col.

2° Ceux qui laissent col et culs-de-sac intacts.

Cette division nous paraît assez rationnelle et l'étude séparée de chacune de ces catégories en est légitime : puisque la technique opératoire est totalement différente suivant que l'on s'adresse à l'un ou à l'autre de ces épithéliomas.

Nous nous occuperons donc uniquement ici de l'é-

tude générale des épithéliomas du vagin bas-situés. Cette étude générale ne différant que peu des excellents travaux publiés jusqu'à ce jour, nous n'insisterons que sur ce que leur siège dans la partie inférieure du vagin peut leur donner de spécial, et nous laisserons la plus grande place à la publication de toutes les observations que nous avons pu recueillir depuis que Cruveilhier a signalé ces tumeurs. Une de ces publications est inédite et due à l'obligeance de M. le Professeur de Rouville.

HISTORIQUE

CRUVEILHER, en effet, en 1827 paraît avoir été le premier qui ait signalé l'épithélioma primitif du vagin.

MORGAGNI a bien avant lui publié une observation de cancer du vagin, mais cet épithélioma ne devait pas être primitif car la vessie et l'utérus étaient eux aussi pris en même temps.

LISFRANC-CHASSAIGNAC (1844) NÉLATON (1850) publient à leur tour quelques observations, mais ce n'est qu'à partir de 1875 que l'on s'occupe activement de la question avec WEST, RONDOT, KUSTNER. Puis viennent les travaux de BRUCKNER (1861) HERZFELD (1889) DUHRSENN, POZZI, OLSHAUSEN, TRUZZI sur les diverses techniques opératoires.

Parmi les travaux d'ensemble plus récents, citons les thèses de BERNARD (1895) BONNAFONS (1902) TAPENARD (1907) BOURGEOT (1907) les monographies de SCHMIDLECHNER (1905) de JACOB (1907) HIMMELFARB (1907) de VIRENQUE (1907),

Enfin les traités spéciaux de Gynécologie laissent une place importante à cette étude.

LABADIE, LAGRAVE et LEGUEUX, FORGUE et MASSA BEAU, J.-L. FAURE et SIREDEY.

ETIOLOGIE

« Je crois dit West, que l'on a beaucoup exagéré la rareté du cancer primitif du vagin ».

Les chiffres suivant donnent à cette affirmation une réplique indiscutable. En effet le nombre des malades atteintes de cette affection serait :

0,01	pour	100	d'après	Hecht
0,10	«	«	«	Martin
0,19	«	«	«	Gurlt
0,24	«	«	«	Schwartz
0,42	«	«	«	Pozzi
0,59	«	«	«	Walshe
1,48	«	«	«	Eppinger

et ceci pour tous les cancers du vagin quelque soit leur siège. Nous ne possédons pas de statistique intéressant seulement les cancers bas situés. Mais, malgré toutes nos recherches, nous n'avons, de tous les travaux que nous avons pu consulter, recueilli que 28 observations.

Peut-être cette rareté d'observation tient-elle à ce que, en raison de l'évolution torpide de la néoplasie, la femme ne consulte que lorsque la tumeur s'est déjà propagée.

D'après Fritsch le cancer du vagin affecterait surtout les femmes jeunes et se distinguerait en cela du cancer de l'utérus. Bernard, dans sa thèse en (1895), donne, avec statistique à l'appui, que le maximum apparaît entre 40 et 60 ans. Ceci n'est évidemment pas absolu

puisque l'épithélioma a été rencontré chez des petites filles de 9 ans (Jawonski) de 3 ans (Guersant) et même 14 mois dans un cas de Smith.

Les grossesses répétées paraissent avoir une influence au même titre que toutes les irritations, tous les traumatismes, tous les frottements — Coït — Prolapsus.

Mais la lésion précancéreuse par excellence, paraît être la leucoplasie vaginale ainsi que l'a bien étudié Pichevin en 1904, Jouin en 1882. Reclus et Bex en 1887 avaient déjà attiré l'attention sur cette dégénérescence.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Siège : L'épithélioma primitif du vagin à son siège d'élection au niveau de la paroi postérieure. — Ceci est surtout presque absolu pour les cancers haut situés (cancer liminaire de Pozzi cancer du cul-de-sac postérieur).

Mais si ce cancer prend primitivement naissance dans la partie inférieure du vagin, il siège d'une façon moins absolue sur la face postérieure. Le cancer circulaire siège de préférence à la partie moyenne. La partie inférieure du vagin est le siège d'un cancer de structure un peu spéciale dont nous publions 2 observations : C'est le cancer péri-urétral. Les cancers des parois latérales, non seulement sont rares, mais encore ils y demeurent peu de temps localisés pour diffuser et rayonner surtout sur la face postérieure.

Sur les 28 cas que nous publions dans cette thèse, nous avons :

17	cas	de	la	face	postérieure
6	«	«	«	«	antérieure
2	«	«	«	«	latérale
2					periurétral
1					circulaire

Nombre : généralement unique, cependant dans l'observation n° 1 la malade avait trois noyaux épithéliomateux.

Aspect macroscopique : Il est classique de distinguer 2 formes avec Pozzi.

1° *Forme végétante ou papillaire* : masse plus ou moins irrégulière qui peut s'accroître jusqu'à l'obstruction complète du vagin, les végétations sont molles, friables, saignant au moindre contact donnant lieu à des hémorragies, elles reposent sur une base indurée dont les contours sont d'ailleurs mal définis. Ces végétations finissent par s'ulcérer, les ulcérations étant délimitées par des bords déchiquetés irréguliers ; leur fond rouge brun est couvert d'un enduit pulvérulent.

2° *Forme infiltrée ou nodulaire* : consistant en une infiltration de la muqueuse ne formant pas tumeur et s'étendant plus ou moins vite à toute la périphérie du vagin qu'elle transforme en un tube rigide où le doigt ne peut pénétrer. Le tissu néoplasique est moins friable et moins hémorragique ; les ulcérations sont aussi plus tardives ; ce sont alors des fissures profondes ou des cavités dont le fond est déchiqueté et saignant.

Aspect microscopique : D'une façon générale les épithéliomas primitifs du vagin sont des épithéliomas pavimenteux lobulés, plus rarement tubulés. Suivant l'importance et la répartition de l'élément épithélial et de l'élément conjonctif, on a pu décrire comme au niveau des autres organes des formes squirrheuses et carcino-mateuses. Comme rareté il faut signaler la forme à dégénérescence colloïde et l'épithélioma fongueux. Toutes les formes ont pour point de départ de leur évolution maligne l'épithélium pavimenteux stratifié du vagin.

On signale cependant quelques cas d'épithéliomas primitifs à type cylindrique.

Mr Polloson et Violet de Lyon ont publié dans les annales de Gynécologie de 1903 un cas d'épithélioma

du vagin à type cylindrique dont l'origine paraît se rattacher aux canaux de Gartner.

En 1900 une observation semblable avait déjà été publiée par Pinna-Pintor dans le *Giornale della Racad de Med di Torino*.

Mr Argaud et Piollet dans la revue de chir. de 1911 ont publié un cas d'épithélioma glandulaire primitif développé aux dépens de glandes anormales du vagin, mais elle est haut située dans le cul-de-sac postérieur et ne peut prendre place dans notre étude.

Evolution et Propagation. — Tandis que les épithéliomas de la partie supérieure du vagin envahissent rapidement le col de l'utérus, ceux de la partie inférieure ont une marche descendante et envahissent la vulve.

Dans la phase du début les parois du vagin ne sont pas dépassées, la tumeur est bien limitée; le rectum et la vessie sont mobilisables.

Dans une 2^{me} phase se produit une extension qui est commandée par le siège du néoplasme. Dans les formes postérieures la cloison recto-vaginale ne tarde pas à être envahie, puis les parois du rectum elles-même s'infiltrant de cellules cancéreuses.

Dans les formes antérieures le néoplasme va gagner l'urèthre et la vessie, des adhérences vont se créer entre ces divers organes, et secondairement des fistules s'établiront — fistules vagino-rectales et vésico-rectales surtout.

Comme dans tous les cancers de tous les organes les lymphatiques sont infectés dès le début. D'après Virey que les néoplasmes très bas situés envahiront les lymphatiques de la vulve et les ganglions de l'aîne groupe supéro-interne et inféro-interne. Si le néoplasme siège au 1/3 inférieur de la paroi vaginale postérieure, les

lymphatiques envahis sont ceux qui apparaissent nettement formés au 1/3 inférieur de la cloison recto-vaginale et gagnent les ganglions du promontoire. Les lymphatiques du 1/3 moyen aboutissent aux ganglions hypogastriques placés au niveau de l'origine de l'artère vaginale.

Les métastases des noyaux cancéreux dans d'autres organes consécutivement à l'épithélioma primitif du vagin sont rares.

SYMPTOMES

Hémorragies, écoulements vaginaux, douleurs à localisation et irradiations diversss, troubles des fonctions de la vessie ou du rectum, sont les principaux symptômes de l'épithélioma du vagin.

Début. - Le début est ordinairement insidieux et l'affection reste longtemps ignorée de la malade. Témoin l'observation de Gillet où la malade vient consulter pour quelques pertes blanchâtres et où l'examen révèle la présence dans le vagin d'une tumeur de la grosseur d'une noix ; témoin encore l'observation de Péters, la malade vient consulter pour une bronchite ; par l'interrogatoire on découvre qu'elle a des pertes blanches insignifiantes et au toucher on trouve à la partie moyenne de la paroi postérieure du vagin un néoplasme déjà volumineux.

Cette latence est telle que, trop souvent comme dans les deux cas précédents, c'est à une époque très avancée de son évolution que le médecin est appelé à constater la tumeur.

Le plus souvent cependant des écoulements ichoreux, des pertes blanches légèrement striées de sang, ou de véritables hémorragies décident la malade à consulter le chirurgien.

D'autre fois les mictions et les gardes robes douloureuses ou suivies d'une perte de sang, le coït rendu impossible par les douleurs qu'il cause et les hémorragies dont il s'accompagne marquent le début de l'affection.

Symptômes fonctionnels.— Peu à peu les symptômes s'accroissent.

L'écoulement vaginal.— devient plus abondant jau-

nâtre, jaune-verdâtre, purulent, parfois strié de sang. Il répand une odeur infecte, pénétrante, provoquant même parfois des nausées chez la malade atteinte d'épithélioma.

L'Hémorragie est souvent un symptôme précoce très variable dans son abondance ; elle n'est tantôt qu'un suintement se produisant spontanément ou sous l'influence d'une irritation extérieure, canule d'injection, coït, toucher vaginal, d'un effort, marche, défécation. D'autre fois elle est d'emblée abondante et peut même menacer immédiatement les jours de la malade. Par contre elle peut manquer totalement ou coïncider avec les époques menstruelles.

La Douleur : n'est pas un symptôme constant. Spontanée elle peut faire défaut. Elle a un caractère fort variable. Tantôt ce peut être une impression de cuisson, de demangeaison vulvaire, une impression de corps étranger avec besoin d'expulsion, tantôt au contraire elle sera lancinante, terrébrante et apparaîtra par paroxysmes,

Le siège de cette douleur n'a rien de fixe. Parfois des malades se plaignent de souffrir dans tout le ventre, parfois ce sont des irradiations, sacrées, sciatiques, vesicales, rectales.

Habituellement il y a des troubles du côté de la vessie ou du rectum, constipation opiniâtre, garde robe douloureuse, dysurie avec phénomènes de cystite.

Dans les cas d'épithélioma péri-urétral, l'urèthre pourra être plus ou moins modifié dans son calibre, son trajet, donnant ainsi lieu à des phénomènes d'incontinence ou de rétention.

Signes physiques. — Il sera possible quelquefois d'apercevoir directement la tumeur à l'extérieur, plus souvent l'examen vulvaire ne révélera que la rougeur des ulcé-

rations dues à l'irritation causée par les pertes, ou même sera négatif.

L'odeur seule peut-être pathognomonique des épithéliomas. Le toucher permettra d'en localiser le siège. Il peut être impraticable dans certains cas d'infiltration complète ou lorsque le cancer est situé à l'orifice vulvaire ; le moindre contact provoque des douleurs intolérables avec contracture réflexe. En tout cas il devra toujours être fait avec beaucoup de douceur.

On reconnaîtra alors le néoplasme sous l'une des deux formes déjà signalées : tumeur bourgeonnante friable saignant sous le doigt reposant sur une base indurée ou infiltration s'étendant en surface, donnant aux parois vaginales une consistance parcheminée à surface déchirée par des ulcérations anfractueuses et profondes.

On n'omettra pas pour un cancer très bas situé d'examiner soigneusement l'état du col et de l'utérus. Le toucher rectal ne devra pas non plus être négligé, il fournit des renseignements très précis sur l'état de la cloison recto-vaginale.

La recherche de l'adénopathie donnera des indications sur la diffusion de l'infiltration cancéreuse. Il y a adénite-inguinale si le cancer occupe les régions voisines de la vulve. Si il siège dans la partie moyenne le toucher vaginal peut permettre de sentir quelques ganglions sur les côtés du rectum.

En tout cas les ganglions sont petits et indolores.

L'état général peut rester bon assez longtemps ; mais, en raison de la marche rapide de ces cancers, la cachexie ne tarde pas à apparaître avec tout son cortège de douleurs aiguës, d'hémorragies, de fistules anales ou vésicales, de compressions nerveuses ou vasculaires. Bientôt la teinte jaune paille apparaît, l'amaigrissement

ne cesse d'augmenter et la cachexie cancéreuse s'installe rapidement.

Marche durée, terminaison. — La marche est en effet rapidement envahissante. La mort par intoxication cancéreuse survient au bout de 1 an à 1 an 1/2, l'envahissement du col de l'utérus d'une part et les métastases d'autre part étant exceptionnelles. La terminaison fatale peut-être précipitées par des complications diverses.

Complications. — Elles sont assz fréquentes et peuvent être rapidement déduites de tout ce qui a été dit déjà plus haut.

Ce sera l'envahissement possible de la vulve les fistules recto-vaginales, vésico-vaginales.

L'hydronéphrose par compression ou envahissement des uretères par le néoplasme.

La péritonite aigue consécutive à la perforation produite par l'ulcère cancéreux ou par la fuite d'un ganglion cancéreux.

L'œdème des membres inférieurs par compression des veines.

Si la grossesse survient dans le cours de l'affection cancéreuse, elle constitue alors, par elle-même, une véritable complication, elle donne un coup de fouet au cancer, le travail et l'expulsion sont rendus plus difficiles. On est souvent obligé de recourir au forceps et des hémorragies très redoutables, dues aux déchirures des parois vaginales au moment de l'expulsion peuvent mettre la vie de ces malheureuses en danger immédiat.

DIAGNOSTIC

Nous nous permettons d'emprunter in extenso ce chapitre à l'excellent et clair exposé qui en est fait dans le traité de gynécologie de MM. Forgue et Massabau.

1° *La forme végétante* : peut être confondue avec *un sarcome en grappe* : On le rencontre chez l'enfant ; les lobulations sont plus nettes et plus distinctes les unes des autres que dans le cancer papillaire ; la tumeur est moins friable et acquiert un volume considérable avant de s'ulcérer.

Un fibrome ulcéré : La tumeur est souvent pédiculée, toujours bien limitée, et sa consistance dure est caractéristique.

2° *Le cancer ulcéré doit être distingué de toutes les ulcérations du vagin ne reposant pas sur une tumeur* : ulcérations traumatiques, blennorragiques, chancereuses, ulcère rond du vagin.

Des ulcérations syphilitiques : Elles sont excessivement rares dans le vagin. Seule une gomme ulcérée et infectée pourrait en imposer pour un cancer. L'ulcération a des contours plus réguliers, taillés à pic, avec un fond bourbillonneux ; l'infiltration de la base est toujours peu accentuée ; l'évolution en est très lente ; sa guérison par le traitement spécial est rapide.

De certaines ulcérations tuberculeuses, qui reposent sur une base infiltrée. Dans certains cas, une biopsie suivie d'examen histologique et d'inoculation sera nécessaire pour préciser le diagnostic ;

3° *Du Sarcome ulcéré du vagin* : les ulcérations du sarcome sont plus tardives ; elles reposent sur une tumeur plus volumineuse, leurs bords sont réguliers et moins éversés que dans l'épithélioma ; le fond est bourgeonnant et peut former un véritable fungus.

4° *Du chorio-épithéliome* : En dehors de la notion de puerpéralité dans les antécédents immédiats, le chorio-épithéliome peut se reconnaître à ses ulcérations recouvertes de caillots sanguins noirâtres, et qui sont le siège d'hémorragies abondantes.

TRAITEMENT

Nous diviserons pour la clarté et la commodité du sujet, l'étude du traitement des cancers bas situés, en 2 groupes :

1° Cancers bas situés et limités ;

1° Cancers bas situés et infiltrés.

2° *Cancers limités*. — La voie vaginale est presque généralement la seule employée.

En tête par sa simplicité se place l'excoision de Hégar et Kaltenbach. On circonscrit la tumeur par une incision tracée en tissu sain le plus loin possible des tissus néoplasiques.

Mais les résultats sont loin d'en être brillants 100 p. 100 de récidence d'après Pichevin. Le Coz dans sa thèse de Montpellier, 1912, signale que la littérature ne relate que deux cas qui soient restés guéris, mais les deux fois, il s'agissait de toutes petites tumeurs siégeant à la paroi postérieure du vagin immédiatement au dessus de l'anneau vulvaire.

Aussi les chirurgiens sont ils d'accord pour admettre aujourd'hui que cette intervention doit être absolument rejetée pour lui préférer *l'ablation de la tumeur après périnéotomie transversale*. C'est en effet le procédé de choix préconisé pour la première fois par Zuckerkandl en 1889. Après incision transversale du périnée, on décolle la paroi vaginale de la paroi rectale jusqu'au cul-de-sac de Douglas, selon la technique de Lawson Tait. La libération étant complète on fait saillir la tu-

meur dans l'intérieur du vagin et on l'enlève en empiétant largement sur les tissus sains.

Bourgeot, dans sa thèse de Lyon, 1907, parlant de ces opérations les appelle traitement ancien et les juge insuffisantes. Il est d'avis d'opérer, dans tous les cas, le cancer du vagin quelque soit son siège par une colpo-hystérectomie périnéo-abdominale qui permet d'extirper dans sa continuité l'arbre génital tout entier, d'enlever les ganglions malades et de faire des exereses larges dans le tissu cellulaire de la région. D'après le Professeur Pollosson « Lorsque le néoplasme siège au 1/3 moyen, si il est limité et mobile on emploiera la méthode abdominale pure ; mais s'il est fixé, on se servira de la voie abdomino-périnéale, à plus forte raison si le néoplasme siège au 1/3 inférieur c'est la voie abdomino périnéale qui est recommandée ».

2° *Cancers étendus et infiltrés.* Pour ceux là l'idée d'enlever le rectum avec le vagin et l'utérus s'est présenté à l'esprit des chirurgiens.

Leguen—Lauenstein—Wertheim commencèrent par extirper seulement la paroi rectale immédiatement sous-jacente à la tumeur vaginale.

Plus tard—Himmelfarb et de Beule sont allés plus loin et par voie postérieure para-sacro-coccygienne ou après résection sacrée ont pu enlever le vagin, le rectum et tout le tissu cellulaire para-vagino-rectal infiltré par le néoplasme.

RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Les statistiques sont hélas très sombres et quelque peu décevantes.

100 p. 100 d'après Martin

90 p. 100 d'après Olsharsen

Actuellement malgré les divers perfectionnements

apportés, les récurrences n'en sont pas moins fréquentes et rapides.

La Colpo-hystérectomie paraîtrait donner des récurrences moins rapides. La littérature renseigne comme guéries, les opérés de Kronig (5 ans) Veit (3 ans 7 mois) Brose (2 ans 1/2) mais depuis 1910 on n'a pas eu de nouveaux renseignements.

Les interventions suivant la technique de Himmelfarb et de Beule paraissent donner des résultats à distance sans conteste.

L'opérée de Leguen fut présentée en 1910 à la société de chirurgie, 10 ans après son intervention et 3 ans après, elle était toujours en excellent état. Himmelfarb et de Beule n'ont pas vu de récurrences après 8 ans.

Mais les cas de ce genre sont encore peu nombreux et encore trop récents pour de là, appliquer systématiquement des larges interventions à tous les cancers du vagin, surtout à ceux bas-situés.

La périnéotomie transversale avec excision large paraît donc être la méthode de choix.

Tout au plus avec Polloson et Bourgeot pourrait-on, dans certains cas à propagation rapide faire la colpo-hystérectomie périnéo-abdominale.

OBSERVATION I

Inédite

(dûe à l'obligeance de M. le professeur de Rouville)

3 noyaux épithéliomateux du 1/3 inférieur du vagin

Madame M.... 54 ans s. p.

entre à l'hôpital Suburbain le 20 novembre 1919 pour pertes rouges abondantes et douleurs légères dans la fosse iliaque droite.

Antécédents héréditaires néant.

Antécédents personnels néant, mariée, 1 enfant mort-né, réglée à 13 ans, règles régulières, abondantes (6 jours). Dysménorrhée ovarienne. Ménopause il y a 2 ans.

Début. La malade accuse, il y a 7 ou 8 ans, une sensation de pesanteur dans la fosse iliaque droite, persistant encore actuellement. Il y a 8 mois en avril 1919 (1 an 1/2 environ après la ménopause) des pertes rouges quotidiennes apparaissent sans jamais plus disparaître. Antérieurement pendant 3 mois, les pertes avaient paru reprendre comme avant la ménopause, régulièrement 3 jours par mois.

Etat actuel. La pesanteur dans la fosse iliaque droite persiste. Les pertes rouges sont continuelles, abondantes, sans odeur.

Bon appétit. Digestions difficiles. Constipation. Rien aux autres appareils. La malade accuse un amaigrissement de près de 10 kilos en 1 an. Etat général très affaibli.

Examen. Ventre souple, normal, non douloureux.

Au toucher le doigt rencontre dans la région vulvo-vaginale droite une petite tumeur ayant environ le diamètre d'une pièce de cinquante centimes, bougeonnante, hémorragique, peu mobile.

Une deuxième tumeur paraissant être de même nature un peu plus large (pièce de 1 fr.) se trouve sur la partie moyenne de la face postérieure du vagin. Elle est plus superficielle et mobile.

Enfin un troisième noyau du volume d'une noisette est découvert en position sous-urethrale droite. Il est absolument immobile et paraît même adhérer à la symphyse.

Ces 3 tumeurs ne sont pas douloureuses au toucher mais saignent au moindre contact.

Le col et l'utérus sont sains. Pas de masses ganglionnaires.

Urines normales.

Opération. Le 1^{er} Décembre 1919. Resection en triangle à base vulvaire de la paroi postérieure du vagin comprenant la tumeur vulvo-vaginale droite et la tumeur de la face postérieure. Décollement facile. Pas d'adhérences au rectum, La tumeur sous-urétrale est plus adhérente mais paraît avoir pu être extirpée en totalité sans lésions ni de l'urèthre ni de la vessie.

Suites opératoires. La malade continue à avoir quelques hémorragies, mais bien moins abondantes. Un examen pratiqué 15 jours après l'intervention révèle une cicatrisation encore imparfaite, mais en excellente voie. Il n'y a plus aucune trace de tumeur. Col et utérus sont indemnes.

La malade sortie de l'hôpital 5 mois après, avec toujours les mêmes pertes rouges, n'a plus donné de nouvelles.

Examen anatomo-pathologique (pratiqué par M. le Professeur Massabiau) “ épithélioma pavimenteux tubulé du vagin. L'examen des préparations montre le point de départ des proliférations épithéliales aux dépens de l'épithélium pavimenteux stratifié du vagin. Il s'agit donc d'un épithélioma primitif et non d'une greffe ou métastase ”.

OBSERVATION II

Trapenard (Thèse de Paris, 1907).

épithélioma de la face latérale droite du vagin

Il s'agit d'une dame B 54 ans. Dans les antécédents héréditaires nous ne trouvons pas de cancer, le père est mort à 72 ans d'une cystite, la mère supporte

gaillardement ses 82 ans et une sœur de père est également bien portante. Les antécédents personnels de la malade n'offrent rien non plus de saillant. Jamais la plus petite maladie. Réglée à 14 ans 1/2, mariée à 19 ans elle a toujours été bien réglée. Jamais de pertes blanches.

Elle a eu trois enfants ; le premier a 20 ans, le second a 21 ans 1/2, le troisième a 23 ans. Les trois accouchements ont eu lieu à terme et sans aucune complication.

Pas la moindre éraflure du périnée. Les suites de couches ont été également normales. Depuis deux ans et demi la malade ne voit plus ses règles et depuis ce moment elle saignotte de temps en temps après chaque rapport sexuel. Ce ne sont pas de véritables hémorragies, mais des suintements rouges. La chemise est tachée.

Mme B. . . qui est très observatrice a noté soigneusement tout cela et bien qu'elle n'ait pas la moindre douleur, sans trop savoir pourquoi, elle pense au cancer. Elle devient triste, son caractère change. Elle perd l'appétit, elle maigrit. Enfin elle vient consulter M. le Docteur Filiâtre (février 1906).

Voici alors ce que note ce chirurgien :

Point de ganglions inguinaux ni lombaires au toucher, le vagin semble rétréci, le doigt rencontre à 4 centimètres de la vulve sur la face latérale droite, mais empiétant sur la face postérieure du vagin une masse indurée de la largeur d'une pièce de 2 francs, en demi-lune. Le moindre frolement amène une légère hémorragie, mais sans douleur. Les culs-de-sac : latéraux, antérieurs et postérieurs sont libres ; le col est normal, mobile.

La tumeur a une consistance inégale et se laisse facilement fragmenter.

Après coloration à l'éosine et l'hématéine Van Gies-

sen on aperçoit, à un faible grossissement des lobes formés de masses épithéliales, réunis les uns aux autres par des pédicules allongés, entourés d'un stroma conjonctif.

A la périphérie des lobes on remarque des cellules cylindriques dont le noyau volumineux présente plusieurs nucléoles fortement colorés.

Sur certain noyaux un fort grossissement permet de voir des figures de karyokinèse. L'axe de prolifération des cellules est désorienté.

En se rapprochant du centre on observe des cellules polyédriques et au centre même de la préparation des cellules aplaties imbriquées « en bulbe d'oignon » entourent une zone fortement colorée par l'éosine.

Il s'agit donc d'un épithélioma pavimenteux lobulé avec globes épidermiques.

Les lobes épithéliaux sont anastomosés et les tubes qui les réunissent sont remplis entièrement par les cellules polyédriques, très adhérentes, semblables les unes aux autres.

Ne possédant qu'une portion limitée de la tumeur, on n'a pu constater sur la coupe les relations néoplasiques avec l'épithélium pavimenteux de la muqueuse vaginale.

Ces différents éléments sont entourés par un tissu conjonctif que colore fortement la fuschine. Celui-ci est ondulé, peu serré, formé de cellules allongées.

En certains points il est infiltré de leucocytes mononucléaires. De place en place des cellules néoplasiques isolées lui sont accolées.

Les vaisseaux peu nombreux ne renferment pas de masses épithéliales.

Le vagin est rétréci, il serait impossible de placer un spéculum.

Cette masse qui semble bien limitée paraît hérissée de villosités saignantes.

Au toucher rectal, le rectum semble absolument indépendant de cette tumeur. Le toucher vaginal pratiqué en même temps que le toucher rectal montre que cette tumeur est parfaitement mobilisable et n'entraîne pas avec elle la paroi rectale.

Souffrance pour aller à la selle ou au moment de la miction.

Le cœur et les poumons sont sains.

Diagnostic : Epithélioma primitif du vagin.

Opération : Février 1906.

Rachi-cocaïnisation : 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien sont retirés. Injection de 1 centimètre cube de solution de cocaïne au 50°.

La tumeur est enlevée par excision simple.

Les incisions sont faites en tissu sain et quand la tumeur a été circonscrite, on décolle la paroi vaginale de la paroi rectale. Les suites de l'opération sont excellentes. La malade retrouve son appétit, reprend son embonpoint.

En février 1907, on revoit la malade, elle a de nouveau quelques pertes. L'examen montre un bourgeon saignant vers la partie inférieure de la cicatrice. En haut et sur les côtés rien d'anormal. Point de ganglions. Point de douleur. On cauterise et le 17 mars, la malade semble en bon état.

Examen histologique : Laboratoire de M. le Docteur Klippel. Epithélioma pavimenteux globes épidermiques.

On a examiné deux fragments de la tumeur, masses bosselées du volume d'une noix, peu vascularisées et d'une coloration blanchâtre.

A la coupe, la surface de section montre un tissu gris rosé, sur lequel tranchent des points opaques et du tissu fibreux.

OBSERVATION III

(Epithélioma de la face postérieure du vagin)

D^r Karl Schmidleschner (in thèse Trapenard, 1^{er} Mars 1886. — J. W., 33 ans, quatre accouchements normaux.

Réglée depuis l'âge de 16 ans toutes les quatre semaines (durée trois ou 4 jours.)

Les dernières règles il y a deux semaines,

La malade remarque depuis sept mois un écoulement mélangé de sang et souffre dans le bas ventre et dans le vagin de douleurs lancinantes et ardentes.

La malade est bien développée et en bon état : grasse, grosse. La palpation du ventre ne fait pas découvrir de tumeur. Vagin large. A la paroi postérieure du vagin, on sent une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie dirigée dans le sens de la longueur, à côté de laquelle on trouve de petites nodosités. La base de la tumeur est fixée au rectum, le pronostic est donc des plus sombres.

La moitié antérieure de la paroi est lisse.

L'orifice du museau de tanche est de la grosseur d'un pois.

Le corps pe l'utérus est difficile a palper car la femme est grosse, le col est mobilisable. Muqueuse du rectum normale. Torsion autour du museau de tanche.

L'opération fut pratiquée sous le chloroforme. Ablation de la tumeur à sa base, on coupe dans le tissu sain. On tamponne. Un peu de température pendant les premiers jours mais les suites de l'opération sont bonnes. Après 30 jours on laisse partir la malade avec une cicatrice bourgeonnante.

Un mois plus tard, elle revient avec une grosseur

comme une noisette dans la moitié gauche de la paroi postérieure du vagin. La curette pénètre facilement dans une masse molle qui forme en s'étendant en arrière de l'utérus une cavité de la grosseur d'une noix dont les parois sont intimement unies avec les tissus environnants.

Après cautérisation au thermocautère la malade part huit jours après. L'examen montre dans la paroi postérieure une ouverture de 2 centimètres qui conduit vers une cavité située en haut et en arrière et remplie de granulations. Au toucher rectal on arrive aussi bien à gauche qu'à droite sur une masse infiltrée qui s'étend jusqu'aux parois du bassin. L'état de la malade empira à vue d'œil et, comme me l'écrivit le médecin traitant elle mourut un an après.

Examen microscopique. — Lobules épithéliaux avec amas de cellules rondes épithéliales, distribués irrégulièrement dans le tissu environnant et recouvert d'épithélium pavimenteux. Dans les tissus voisins on remarque des colonnes de ces cellules épithéliales s'enfonçant comme des chevilles et rejoignant d'autres lobules.

OBSERVATION IV

Dencay (in thèse Trapenard)
épithélioma de la face postérieure

Mme L..., 42 ans, 15 septembre 1894.

Dequies cinq à six mois hémorragies vaginales survenant à la suite de l'introduction de la canule destinée à assurer ses soins de toilette. Elle sont peu abondantes peu fréquentes, pas de douleurs; état général bon.

Pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux.

Mme L... a eu un enfant en 1886. La rotation ne pouvant s'effectuer, le Dr Demay a dû faire un forceps

et dégager en occipito-sacrée. Aucune lésion du conduit vaginal, suites de couches parfaites.

Toucher — Masse molle à 2 centimètres de la fourchette de la grosseur d'une mandarine, saignant au moindre contact, largement implantée sur la paroi postérieure et séparée du cul-de-sac par une bande de tissu sain.

Le doigt ramène un débris de la grosseur d'une noisette Mr Latteux en a fait l'examen histologique.

Au spéculum — La tumeur est framboisée, le col et le cul-de-sac paraissent indemnes.

Toucher rectal. — La tumeur fait saillie mais la muqueuse rectale est mobile sur la tumeur.

Elle entre à l'hôpital le 28 octobre. Service de Peau. On fait un curetage et une cautérisation au fer rouge. Cinq ou six jours après adéno-phlegmon de l'aîne ; mort.

Examen histologique de M. Latteux

« Au lieu des boyaux pénétrant dans la profondeur comme dans l'observation précédente, c'est ici une forme qui a plutôt évolué vers l'extérieur. Sous la coupe nous observons des mamelons divisés à l'infini ; composés de petites masses bombées constituées par d'innombrables petites cellules à noyaux volumineux et solidement agrégées entre elles.

Le tout est réuni par de faibles cloisons de tissu conjonctif très embryonnaire et assez vasculaire.

En résumé dans le premier cas autant de stroma fibreux que de tissu épithélial, dans le second presque uniquement du tissu épithélial d'aspect encephaloïde avec de faibles cloisons de séparation.

OBSERVATION V

épithélioma de la face postérieure

Rollin (in thèse Traquenard)

Mme C. . . 59 ans. Hôpital Cochin, salle Sédillot n° 10
30 mai 1904, service de M. le Dr Schvartz. Pertes
sanguinolentes depuis quelques mois.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter.

Réglée à 15 ans, accouchement normal à 25 ans ; à
49 ans ménopause.

En février 1904 la malade remarque un léger suin-
tement rouge intermittent. Cet état dure deux mois,
puis violente hémorragie. Point de douleurs ni de per-
tes fétides.

Toucher vaginal. — Tumeur de la grosseur d'une
petite mandarine sur la paroi postérieure, mobilisable
sur le rectum, col normal.

Au spéculum aspect d'un angiome, rouge violacé.

Etat général assez précaire. Pas de ganglions ingui-
naux.

Opération le 2 juin par décollement des parois recto
vaginales, Suture de la plaie. La malade sort le 23 juin
guérie.

Examen histologique

(Laboratoire de M. le Professeur Cornil)

A un faible grossissement, la partie centrale de la
tumeur montre des tubes pleins d'épithélium, ramifiés,
anastomosés les uns avec les autres et séparés par une
assez grande quantité de tissu intermédiaire d'apparence
fibreuse. A un plus fort grossissement les cellules sont
allongées, prismatiques ou tout à fait pavimenteuses.
Elles ont de très gros noyaux ovoïdes dans les cellules

qui sont longues, presque ronds dans les cellules pavimenteuses.

Au milieu quelques leucocytes mono et polynucléaires,

Le tissu qui entoure les tubes est un tissu conjonctivo-musculaire.

En un autre point nous avons vu des globes épidermiques dans l'intérieur des flots.

La malade revue en janvier 1905 sept mois après l'intervention était en pleine récurrence.

OBSERVATION VI (résumée)
epithelioma de la face antérieure
Pichélin (in thèse Traquenard)

Anne L... 69 ans, entrée le 9 mars, a eu trois accouchements, le dernier il y a vingt-neuf ans. Toujours bien portante.

Il y a deux ou trois mois à la suite d'une chute, forte hémorragie. Depuis, écoulement roussâtre, fétide. Entre les deux grandes lèvres on voit une tumeur de la grosseur d'un petit œuf implantée sur la paroi antérieure du vagin prolabé.

Excision de la tumeur : le 3 avril la malade quitte le service.

Point d'autres renseignements.

OBSERVATION VII
Epithélioma de la paroi vaginale latérale droite
Bernard (thèse Paris 1895)

Augustine C. 72 ans, entrée en octobre 1888, salle Lisfranc, n° 2 (Hôtel Dieu) malade cachectisée, présen-

tant un degré d'émaciation très prononcé. Dans les régions inguinales, on trouve des ganglions très hypertrophiés, principalement à gauche, où ils forment une grosse masse, paraissant pénétrer dans le bassin, au point culminant, la peau sur une surface de 8 centimètres sur 3, est violacée, amincie et perforée au centre ; il en sort un liquide muco-purulent.

Le début remonte à deux ans. L'examen au spéculum montre l'existence sur la paroi vaginale droite d'une plaque indurée, saignant au moindre attouchement, de la largeur d'une pièce de deux francs, offrant tous les caractères d'une plaque cancéreuse. Rien ailleurs, albumine dans les urines. La malade continue à se cachectiser et s'éteint lentement, le 11 novembre 1888 :

12 Novembre - Autopsie. — Les poumons, cœur, foie et rate ne présentent aucune lésion d'ordre aigu. Les reins sont atteints de néphrite interstitielle, ils sont petits, seléreux, rétractés, non kystiques ; la substance corticale est réduite à un ou deux millimètres. Les ganglions inguinaux de l'aîne sont cancéreux des deux côtés ; à gauche, ils ont en outre suppurés.

Utérus sain et atrophié. La plaque épithéliomateuse est restée parfaitement localisée.

OBSERVATION VIII

Epithélioma péri-urétral

Bernard (thèse de Paris 1895)

Elisabeth A. 50 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, service de M. Reclus, le 14 novembre 1894.

La malade se plaint d'un écoulement vaginal et de douleurs en urinant, On constate : 1° un gros fibrome tuerin, de la grosseur d'une tête d'adulte, qui ne déter-

mine aucun symptôme ; 2° à l'entrée du vagin une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Cette tumeur est développée aux dépens de l'orifice urétral, sa couleur est blanchâtre, son aspect mamelonné ; sa consistance dure ; sa mobilité très bornée. Elle s'implante par un large pédicule sur l'orifice vaginal. La tumeur sécrète abondamment du pus à odeur repoussante. On a cherché à préciser les rapports de la tumeur avec l'orifice urétrale. Celui-ci se dérobe d'abord aux recherches les plus attentives. On est obligé, pour le découvrir, de faire uriner la malade dans la position du spéculum. On voit alors l'urine sourdre par un très petit orifice qui admet une sonde en gomme de 1 millimètre à peine, et qui conduit à la vessie. Il s'agit très probablement de l'orifice urétral rejeté sur le côté droit et dans le sillon d'implantation de la tumeur. Cependant son aspect et ses dimensions sont tellement changés qu'on pourrait penser à une fistule.

On remarque de plus sur la vulve un épaissement de l'épiderme, qui est blanchâtre et ressemble à de la *leucoplasie*. M. Reclus fait exciser une partie de la plaque laiteuse. L'examen histologique fait par M. Pillét montre qu'il ne s'agit pas de leucoplasie.

L'extirpation de la tumeur ayant été jugée à peu près impossible, et surtout peu profitable vu ses connexions avec la vessie, la malade sort de l'hôpital le 6 janvier 1895, et n'a pas été revue.

OBSRVATION IX

Epithélioma de la paroi postérieure du vagin

Bernard (thèse 1895 - Résumé)

43 ans, pertes roussâtres, douleurs.

Tumeur du volume d'une mandarine sur la paroi pos-

térieure du vagin, col et culs-de-sac sains; pas de ganglions.

Ablation de la tumeur par la périnéotomie avec doublement de la cloison. Périnéorrhaphie L. Lawson-Ract.

4 mois après on sent dans le haut du vagin un petit nodule de nature indéterminée.

L'examen microscopique de la tumeur démontrait qu'il s'agit d'un cancer pavimenteux lobulé.

OBSERVATION X

Epithélioma de la paroi antérieure du vagin

Cruveilhér (*Bulletin de la Société anatomique* 1897)
in thèse Bernard 1895

....sur une femme de 60 ans destinée à mon cours d'anatomie, il existait : deux tumeurs inguinales simulant deux hernies graisseuses ou épiploïques formées par les veines variqueuses du ligament rond

Je regarde la dilatation variqueuse des veines des ligaments ronds comme provenant de la même cause que celle des veines sous-cutanées des extrémités inférieures. Cette cause était probablement le cancer des parois adossées du vagin et de la vessie

sur ce même sujet, enfin, il existait une affection cancéreuse de la moitié inférieure de la paroi antérieure du vagin avec communication du vagin dans la vessie par une large perte de substance. Toute la surface de ces ulcères carcinomateux était couverte d'eschares gangréneuse, comme d'ailleurs tous les cancers ulcérés qui pénètrent dans la vessie. Le bas de cet ulcère était

blanchâtre, fragile et bosselé. Plusieurs bosselures faisaient saillie dans la vessie, et l'une d'elles était recouverte par un calcul d'acide urique comme par une espèce de couverture. Le col utérin présentait une lèvre antérieure proéminente, en forme de mamelon conique, d'une consistance molle. Ce mamelon qui avait un demi-pouce de longueur, était formé par le tissu de l'utérus, ramolli, mais d'ailleurs dans un parfait état d'intégrité. Cette molesse générale du corps de l'utérus provenait sans doute de la part que prenait cet organe à l'altération du vagin. Le siège du cancer à la partie inférieure de la paroi antérieure du vagin, l'utérus étant intact, n'est pas rare. Cette partie du vagin a une structure plus dense, rugueuse, mamelonnée, elle est d'ailleurs pourvue d'un plus grand nombre de vaisseaux et de nerfs, et plus susceptible des causes d'irritation. La proéminence de la lèvre antérieure du col de l'utérus ramolli mérite de fixer l'attention, à une époque où l'extirpation du col est si fréquemment mise en usage.

.

OBSERVATION XI

Epithélioma de la face postérieure du vagin
(Péan in thèse Bernard, 1895)

Femme de 63 ans, conciergée, entrée le 22 juillet 1884. Début il y a un an par prurit vulvaire, pertes blanches. Il y a 6 mois, douleurs à la défécation ; constipation. Ulcération épithéliomateuse ayant envahi la fourchette et la cloison, la muqueuse rectale paraît saine. Petit polype de l'orifice urétral. Rien dans les ganglions inguino-cruraux, ni dans les viscères abdominaux et thoraciques. Etat général bon.

26 *Juillet* : Opération. Débridement de la fourchette

sur la ligne médiane. L'incision est prolongée dans la direction de l'anus, dans une étendue de 2 centimètres. Puis, section de la tumeur en deux moitiés, droite et gauche, et dissection de chaque moitié. Rapprochement et suture des bords de la plaie, ablation consécutive du polype de l'urètre. Les sutures sont enlevées le sixième jour ; réunion immédiate.

Trois semaines après la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION XII (résumée)

Cancer généralisé du vagin

(Péan in thèse Bernard, 1895)

Régnauld (Julie), 47 ans, rentrée le 20 mars 1882, salle Ste-Marthe. Pas d'hérédité, 3 enfants. La première couche, (en 1862), a nécessité l'emploi du forceps ; les deux autres furent normales. En 79 cauterisation du col de l'utérus pour des ulcérations. Depuis 3 mois amaigrissement, et depuis cinq semaines, douleurs des reins assez violentes, irradiées à droite dans la fesse et la cuisse, le long du sciatique. En même temps écoulement jaune, roux ou sanguinolent et fétide. Il y a aussi environ 5 semaines que la malade s'est aperçue de nodosités à l'entrée du vagin. Règles régulières. La miction est très douloureuse.

En arrière de la vulve, gros noyaux durs et douloureux, plus nombreux, plus développés à droite ; à gauche, plaque dure en arrière de l'orifice vaginal, et en haut une plaque analogue occupe la paroi supérieure. Col de l'utérus et culs-de-sac intacts. De chaque côté, il existe 2 ou 3 petits ganglions inguinaux internes. La partie interne des grandes lèvres est la siège d'une ulcération superficielle. Pas d'opération possible. Exeat le 21.

OBSERVATION XIII (Résumée)

Cancer de la paroi vaginal antérieure

(**Pichelin** in thèse Bernard 1895)

Anne L suédoise, 69 ans, entrée le 8 mars dans la clinique du Professeur Lebediff. A eu trois accouchements, le dernier il y a 29 ans. Toujours bien portante.

Il y a 2 ou 3 mois, à la suite d'une chute, une forte hémorragie se déclare. Depuis hémorragie, douleurs dans le bas-ventre et les reins ; écoulement grisâtre un peu fétide. L'examen montre entre les grandes lèvres, une tumeur du volume d'un petit œuf ; en écartant les grandes et les petites lèvres, on voit que cette tumeur est implantée sur la paroi inférieure du vagin prolabée. La vessie accompagne la paroi antérieure vaginale dans son déplacement (cystocèle) ; mais ne paraît pas envahie par le néoplasme.

Excision de la tumeur ; le 3 avril la malade quitte l'hôpital complètement guérie. Diagnostic microscopique : Epithélioma pavimenteux ou polype épithélial en voie de kératinisation.

OBSERVATION XIV (résumée)

Epithélioma circulaire de la partie moyenne du vagin

F. **Bernard** (Thèse de doctorat, 1895)

Mme X, 55 ans. Entre en mars 1898, l'hôpital cochin.

Tumeur circulaire de la partie moyenne du vagin ayant déterminé un rétrécissement.

Tumeur adhère au rectum et à la vessie.

Douleurs, écoulement, hémorragies.

Curetage des fongosités. L'écoulement sanguin est supprimé.

L'état général s'améliore.

La malade est sortie de l'hôpital et n'a pas été revue.

OBSERVATION XV (résumée)

F. Bernard, (Thèse de doctorat, Paris, 1895)

Cancer de la paroi postérieure du vagin (Schwartz).

12 Août 1890. Ecoulement aqueux et hémorragie.

En arrière de la vulve sur la paroi postérieure, tumeur du volume d'un œuf de pigeon.

Ablation du néoplasme.

Le 1^{er} décembre 1892, cicatrice souple à la région inguinale. Pas de récédive, deux ans et quatre mois après l'opération.

OBSERVATION XVI (résumée)

Prolapsus du vagin, Epithélioma du vagin (Pichelin)

F. Bernard, Thèse de Doct. 1895.

Marie G , 69 ans. 8 accouchements. Depuis quatre mois douleurs abdominales et sacrées ; constipation.

Tumeur du volume d'un œuf d'oie, constituée par l'utérus et le vagin prolapsés, Ulcération sur la muqueuse vaginale. Ecoulement fétide. Douleurs.

Incontinence d'urine. Mort 30 avril 1899.

Autopsie. Pelvipéritonite purulente. Hydronéphrose double. Pneumonie droite. Diagnostic histologique. Cancer épithélial.

OBSERVATION XVII (résumée)

epithelioma de la face postérieure du vagin

Bruno (thèse de Doctorat Montpellier 1897)

Thérèse Gris, 54 ans, 7 accouchements normaux. Vers 1889 pertes blanches, peu de temps après striées de sang, pas de douleurs, pas de troubles du côté de l'intestin ni de la vessie.

La malade entre à St-Eloi, 8 novembre 1889. Tumeur du volume d'une mandarine s'attachant à la partie moyenne de la paroi postérieure du vagin.

16 novembre, chloroforme. Excision à plus de 1 centimètre en dehors de la tumeur. Bourrage de gaze iodoformée. Quitte l'hôpital le 27 novembre.

Huit mois après il n'y avait pas de récurrence.

OBSERVATION XVIII (résumée)

épithélioma des parois vaginales latérales

Bruno (thèse de doct. de Montpellier 1897).

F... Augustine, épouse G... 32 ans, pas d'enfants.

Depuis 6 à 8 mois leucorrhée et quelques caillots sanguins.

Ecoulement séro-sanguinolent d'odeur fétide.

Masse néoplasique de la grosseur du poing, s'implantant sur les parois vaginales, lobulée, fragile. Col indemne, 30 juillet. On enlève par morcellement la totalité des masses cancéreuses. Raclage et cautérisation au chlorure de zinc 1/5

8 août. On sent des bourgeons durs occupant la partie moyenne du vagin profondément infectée.

OBSERVATION IXX (résumée)

Epithélioma de la partie inférieure de la paroi postérieure du vagin ; dédoublement de la paroi recto-vaginale et excision, suture, réunion immédiate.

Bruno (thèse de doct. Montp. 1897)

Mme X... 36 ans, bien réglée 5 accouchements, pertes blanches depuis longtemps. Entre à l'hôpital le 2 novembre 1891. depuis 5 ans un peu de sang est mêlé aux pertes blanches. Deux hémorragies produites par la canule à injection.

On sent à la partie inférieure du vagin une tumeur lobulée fissurée, du volume d'une grosse noisette mobile sur la muqueuse.

Le 15, opération : incision transversale à la partie inférieure du vagin. Dédoublement de la paroi. Excision d'un triangle comprenant tumeurs et parties saines voisines.

La malade quitte l'hôpital guérie, le 16 novembre.

OBSERVATION XX

épithélioma cylindrique (paroi vaginale antérieure)

(**Pollesson et Viôlet**, annale de gynécologie 1905.
(résumée))

56 ans, 3 grossesses, ménopause depuis 10 ans.

Pertes rouges depuis 8 mois surtout après le coït)
La malade s'aperçoit alors d'une saillie verruqueuse sur la paroi antérieure et à l'entrée du vagin.

A l'examen on constate sur la paroi vaginale antérieure, en arrière du tubercule vaginal, une petite saillie de un demi centimètre s'étendant sur une largeur d'une pièce de deux francs reposant sur un base indurée.

Cette tumeur n'est ni très friable ni très saignante.

Pas de troubles de la miction, l'urèthre est noir.

Pas de ganglions. Bon état général. Pas d'amaigrissement.

Incision circulaire, excision facile.

La malade sort au 12^{me} jour.

L'examen histologique découvre un épithélioma du type cylindrique développé dans le corion de la muqueuse vaginale et ayant ulcéré l'épithélium pavimenteux de revêtement.

3 mois après récurrence, extirpation nouvelle.

8 mois après troisième récurrence inopérable.

La malade meurt 6 mois après.

OBSERVATION XXI

epithelioma de la paroi vaginale antérieure

Pinna Pintor (Giornale della R. Accad. di med. di Torino, 1900, n° 5)

Multipare 53 ans, ayant eu sa ménopause à 48 ans. Depuis cinq mois elle souffre d'une sensation de brûlure du côté des voies génitales et de légères pertes sanguines. A l'examen on constate un certain degré d'atrophie des parties génitales externes, l'orifice externe donnant difficilement passage à un seul doigt. A 2 centimètres environ du méat urinaire, sur la paroi vaginale antérieure, on remarque la présence d'une végétation aplatie, large comme une pièce de 2 centimes, de couleur rosée, d'aspect fongueux, friable et saignant facilement. Le reste de la muqueuse paraît sain. L'utérus est en involution sénile et il n'y a pas de ganglions dans les aines. Les urines sont normales.

Le diagnostic étant porté d'épithélioma primitif du vagin, l'opération est faite : une incision elliptique cir-

conserit la tumeur, passant à 1 centimètre de son pourtour. Réunion par première intention. La malade sort guérie.

L'examen histologique établit qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique.

OBSERVATION XXII

Cancer de la paroi vaginale postéro-latérale droite

(**Martin-Berliner**, *Klinische Wochenschrift* 1898 Résumée).

61 ans, 1 enfant, ménopause depuis l'âge de 45 ans. Depuis longtemps pertes rouges, amaigrissement, douleurs vésicales.

Vagin rigide aux parois atrophiées par la sensibilité. A un centimètre au dessus de la vulve commence l'infiltration néoplasique qui épaissit la paroi postéro-latérale droite du vagin. Col paraissant intact. Tumeur mobile sur le rectum, pas de ganglions. Extirpation totale de l'utérus et du vagin par voie périnéale.

La femme sort au 20^{me} jour.

OBSERVATION XXIII

Cancer de la paroi vaginale postérieure. Opération par la méthode d'Olshausen et Duhrsen combinées.

(**Friedl-Wiener Klin-Wochensch** 1896. Résumée)

50 ans, nullipare, pertes rouges continuelles depuis 3 semaines et douleurs abdominales violentes. Pesanteur rectale.

Sur la paroi vaginale post. à 3 centimètres de la vulve, tumeur convexe à l'intérieur du vagin, plane du côté du rectum, muqueuse rectale mobile.

Col et culs-de sac normaux.

Excision par voie vaginale.

La malade sort guérie sans qu'on en ait d'autres nouvelles.

OBSERVATION XXIV

Cancer de la paroi postérieure du vagin

(**Mariani**. *Gazetta degli ospedali* 1899. Résumée)

65 ans, 4 enfants, pertes fétides hémorragiques depuis 4 mois, démangeaison généralisée à tout le vagin.

Anorexie. Amaigrissement.

Au toucher on constate une tumeur située sur la paroi postérieure du vagin, partie inférieure et moyenne, dure, grandeur d'une pièce de 5 livres, très mobile sur le rectum. Le reste du vagin et le col paraissent normaux. Pas de ganglions.

Excision, la malade sort guérie.

Les suites éloignées ne sont pas connues.

OBSERVATION XXV

Cancer de la paroi postérieure du vagin

(**Gill** 1901. *Lancet*. London. Résumée)

30 ans, pertes quelquefois colorées, douleurs, quelques hémorragies après le coït.

A deux pouces à l'intérieur du vagin, excroissance en forme de choux-fleur grosse comme une noix environ, nettement circonscrite. Rectum mobile. Au delà de la tumeur le vagin est parfaitement sain ainsi que le col; quelques ganglions aux deux aînes.

Extirpation de la tumeur par incision circulaire. Extirpation des ganglions.

Récivée très rapide au niveau de la cicatrice.

OBSERVATION XXVI

Epithélioma de la face postérieure du vagin

De Beule. Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique 1910—Résumée)

72 ans, plusieurs enfants.

A la face postérieure du vagin, immédiatement au dessus de l'anneau vulvaire : ulcère cratériforme, grand comme une pièce de cinq francs, à pourtour induré. Hémorragie à répétition ayant débuté depuis trois mois, symptômes d'irritation rectale, rectum infiltré, ganglions dans les 2 aines.

Curage préalable des régions inguinales. Puis grande incision en raquette, partant de la symphyse sacro-iliaque gauche pour se bifurquer à la pointe du Coccyx et circonscrire en même temps l'anus et l'entrée vaginale. Fermeture en bourse des ouvertures anale et vulvaire. Résection du Coccyx et du 1/3 inférieur du sacrum. Libération et section du rectum entre 2 champs. Section du vagin entre 2 champs posés au ras du col, fixation du rectum dans l'angle supérieur de la plaie sacrée. Matrice abaissée et suturée par sa collerette vaginale dans l'angle antérieur de la brèche périnéale.

Cicatrisation rapide : au bout d'un mois l'opérée était sur pied.

Pas de récurrence trois ans après.

Le cancer était un épithélioma pavimenteux ; il n'existait pas d'infiltration cancéreuse des ganglions inguinaux énucléés.

OBSERVATION XXVII

Epithélioma de la paroi antérieure du vagin

(**Bourgeot** : Thèse de Lyon 1907.—Résumée)

Veuve C... 39 ans, pertes blanches depuis 2 ans, ne

présentant de l'odeur que depuis quelques temps, pertes rouges depuis 2 mois, pas de douleurs, entre à la charité le 19 janvier 1907.

Toucher: on trouve sur la paroi antérieure du vagin, à sa partie inférieure, à 3 centimètres environ de la vulve une ulcération reposant sur une base indurée. Le cul-de-sac vaginal et le col ne sont pas atteints.

Intervention. 24 janvier 1907. Colpo-hystérectomie périnéo-abdominal. Recherches des ganglions négative.

Pas de récurrence 6 mois après.

OBSERVATION XXVIII

Epithélioma de la partie moyenne de la face postérieure du vagin.

(**Bourgeot**, thèse de Lyon 1907.—Résumée)

50 ans, veuve, pas d'enfants, pas de fausse couche, pertes blanches. Chaque examen provoque des pertes de sang.

Toucher: on constate sur la paroi postérieure du vagin au niveau du 1/3 moyen une ulcération tomenteuse, friable, saignant facilement, reposant sur un pourtour induré. Le cul-de-sac postérieur et col de l'utérus ne sont pas atteints, le rectum n'est pas infiltré.

Intervention le 28 juin 1906. La laparotomie transversale, hystérectomie totale; à gauche le tissu cellulaire para-vaginal est envahi profondément. La libération et l'exérèse du néoplasme est alors difficile, l'opération n'est pas satisfaisante et la possibilité d'une greffe opératoire est envisagée.

Récurrence, 1 an après, il existe un noyau cancéreux sous-muqueux ainsi qu'une ulcération sur la cicatrice.

CONCLUSIONS

I. — Si l'épithélioma primitif du vagin est rare, bien plus rare encore est l'épithélioma bas-situé.

II. — Il siège de préférence au niveau de la paroi postérieure du vagin.

Il revêt la forme papillaire ou la forme nodulaire.

III. — C'est en général un épithélioma pavimenteux lobulé ou tubulé ; on a cependant signalé quelques cas d'épithéliomas à type cylindrique.

La propagation se fait en général du côté de la vulve, de la vessie et du rectum.

Les métastases sont rares.

IV. — Hémorragies, écoulements vaginaux, douleurs à localisations et irradiations diverses, troubles des fonctions de la vessie ou du rectum en sont les principaux symptômes.

V. — Les complications sont fréquentes, et parmi elles la grossesse en est une des plus importantes.

VI. — Le pronostic est des plus sombres. C'est le plus grave de tous les cancers, les récidives sont rapides.

VII. — Dans les cancers limités, l'ablation par voie vaginale après périnéotomie transversale paraît être la méthode de choix.

Dans les cancers infiltrés avec propagation au tissu cellulaire sous péritonéal et au rectum, on tentera quand la chose sera possible c-à-d si le néoplasme n'est pas trop étendu, la résection du rectum et du vagin avec ou sans l'utérus par le procédé abdomino-périnéal de Himmelfarb ou la voie para-sacrée de de Beule.

BIBLIOGRAPHIE

- CRUVEILLER. — Bulletin de la Société anatomique, 1827.
WEST. — Leçons sur les maladies des femmes, 1870.
ROUDOT. — Gaz. hebd. 1875, n° 14, 15, 16.
KÜSTNER. — Arch. für Gynak 1876. B. d. IX, p. 279.
SCHMIDLECHNER. — Arch. für Gynak 1905. B. d. XXIV, p. 300.
PICHEVIN. — Semaine gynécologique 1904.
OLIVER. — The Cancer 1894, p. 257.
PINNA-PINTOR. — Giornale della R. Acad. di méd. di Torino, 1900, n° 5.
OLSHAUSEN. — Centralbl. für gyn. 1895, p. 1.
HARTMANN. — Bull. de la Société de chir. 1909.
Pierre DUVAL. — Bull. de la Société de ch., 13 juin 1906.
BÉRARD et LERICHE. — Soc. de chir., 5 juillet 1906.
VON EISCHLSERG. — Centralbl. für gyn. 1889, n° 35, p. 619.
DE BEULE. — Bull. de l'Ac. royale de Belgique, t. 24, n° 8 sept. 1910, p. 650.
LEGUEN. — Bulletin de Société de chir., 1907.
WAGNER. — Der Gebärmutterkrebs Leipzig, 1858.
WALSKE. — The nature of treatment of Cancer, 1846.
EPPINGER. — Prag-Vierteljahrsc 1878.
MARTIN. — Berlin Klin, Wochensch 1887-1898.
HECBIT. — Th. inaug. Munich, 1891.
POZZI. — Traité de gynécologie, Paris 1899.
BERNARD. — Thèse de Paris 1895.
BONNAFOUS. — Thèse de Paris 1902-03.
TRAPENARD. — Thèse de Paris 1907.
BOURGEOT. — Thèse de Lyon 1907.
VIRENQUE. — Archives mensuelles d'obst. et gyn. 1913, p. 175.
ARGAUD et PIOLLET. — Rev. de chir. 1911. p. 269.
JACOB. — Centralbl. für gyn. B. d. 31, p. 407.
POLOSSON et VIOLET. — Annales de Gyn. 1905, p. 675.
POZLI. — Bull. de la Soc. de chir. 1894, t. 20, p. 832.
LE COZ. — Thèse de Montpellier 1912 (traitement).
ESNAULT. — Thèse de Montpellier 1911 (cancer de la vulve).
-

- J. L. FAURE. — Cancer primitif de la partie supér. du vagin.
Bul. Soc. chir. de Paris 1912.
- JACOBS. — Cancer primitif du vagin, bull. soc. belge gyn. et
obs. Bruxelles 1915-13, XXIII 2-4.
- MOORE — Texas State T. M. Font Worth 1912, p. 249.
- PAUVIN. — Zentralbl. für gyn. 1912.
- ROUFFART. — Q. de chir. d'ann. de soc. belge de chir. Bru-
xelles 1912.
- BOLDUZZI et BALLERO. — Morgagni Milano 1915.
- GRIFFITH. — Proc. Roy. soc. méd. Londres 1913-1914 (un cas
de cancer du vagin traité par radium).
- POUEY. — Revue méd. de Uruguay, Montevideo 1915.
- BROUN. — Ann. de obst. N. Y. 1917.
- RIES. — Surg. gyn. obst. Chicago 1918.
- SCHUCHARDT. — Arch. F. Klin. chir. 1901.
- SCHAUTA. — Monatschr. für Geb. und gyn. 1902.
- GELIOM. — Amer. J. of. obst. juillet 1905.
- LEVKOWITCH. — Journal obst. et gyn. St-Petersbourg 1911.
- TOURNEUX-GINESTY. — Toulouse médicale nos 7 et 8 1913.
- ANDREURS. — Proc. of. Roy. Soc. Med. London. avril 1909.
- ARNOLD. — Lancet 1899.
- BRUNO. — Thèse Montpellier 1897.
- FORGUES et MASSABIAU — Traité de gynécologie 1916.
- J. L. FAURE et SIREDEY. — Traité de gynécologie 1914.
- LABADIE, LAGRAVE, LEGUEN. — 1914.
- MACKENROTH. — Zeitschrift geb. u. gyn. 1910
- MAZET et MARTIN. — Lyon médical juillet 1911.
- PEYROCHE. — Thèse de Paris 1905.
- POLOSSON. — Lyon médical 1906.
- WILSON. — Brit. méd. journal 1907.
- VENOT. — Soc. obst. gyn. Ped. de Bordeaux 1911.
- HIMMELFARB. — Revue de chir. et gyn. 1907.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 juin 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 10 juin 1920.
Pour le Doyen,
L'assesseur délégué,
FORGUE.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taiera les secrets qui lui seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
